Psic Arturo Contreras
PEJ 202282 DGP9785816

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA CLINICA

QUE ES LA PSICOLOGÍA CLINICA

- Se puede definir como una rama de la psicología que investiga y aplica sus principios teóricos a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz de igual forma se preocupa por la investigación y la aplicación de la misma (Goldenberg, 1973)

DIFERENCIAS ENTRE…

	objeto	modelo	énfasis	sujetos
Psicología clínica	Trastornos psicopatológicos	conductual	tratamiento	individuos
Medicina conductual	Trastornos físicos	conductual	tratamiento	individuos
Psicología de la salud	Salud	Conductual psicométrico	Promoción y prevención	comunidad

QUÉ ES LA PSICOTERAPÍA

- Sin un criterio establecido debería admitirse cualquier debería admitirse cualquier tipo de tratamiento que se base en la relación de al menos dos personas en la que se realice algún tipo de relación discursiva sobre la otra (Ezequiel, B. 2008)

- No obstante se podría pensar que un proceso psicoterapéutico, debe basar sus intervenciones en una teoría del funcionamiento y del cambio psicológico de las personas y presentar un conjunto organizado de técnicas (Ezequiel, B. 2008)

PSICOTERAPIA EN LA HISTORIA

- Las formas de “psicoterapia” más primitivas se relacionaban con perspectivas sobre naturales y animistas.

- En la Grecia antigua ya se consideraba el uso del lenguaje con fine curativos.

- En el siglo XVIII Phillipe Pinel, suponía la psicopatología se relacionaba con pasiones exaltadas

- Mesmer por otro lado incorporaba el magnetismo en sus intervenciones terapeuticas.

- Posterior a ello se genera el auge del tratamiento con hipnosis.
- Dicha practica antecede a la aparición de los métodos catárticos entre ellos el psicoanalisis.

- El psicoanálisis logra ser una perspectiva psicoterapéutica hegemónica.
- Para los 40s surgen las propuesta hoy conocidas como humanistas.

- Finalmente para décadas recientes se instalan como principales herramientas psicoterapéuticas: la TCC y la AEC aplicado.

MODELO CONDUCTUAL

- Se basa en los modelos teóricos del condicionamiento.

- La psicopatología para el AEC se describe como una forma de comportamiento aprendido que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan la conducta normal.

- El tratamiento inicia mediante el análisis funcional de las conductas que posteriormente se busca modificar.

MODELO COGNITIVO

- Albert Ellis y Aaron Beck

- Su premisa fundamental es que el pensamiento determina la interacción del sujeto con el mundo lo que le lleva a posibles problemas de disfuncionalidad.

- El objetivo inicial del proceso psicoterapéutico es la re estructuración cognitiva.

MODELO HUMANISTA EXISTENCIAL

- La terapia gestáltica parte del postulado de que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo (insight) e insuficiente para curar el trastorno por lo que desarrolla ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia general de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas a través de estímulos físicos ypsicológicos del ambiente

MODELO SISTEMICO

- Centra sus objetivos terapéuticos en la modificación de los patrones de interacción entre las personas, no considerando los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de una relación.

- En síntesis general en la actualidad se apunta a modelos de intervención basados en evidencia cuyo método ofrezca la posibilidad de medir sus efectos.

- Se pretende que el psicoterapeuta tenga formación especializada en el uso de determinas estrategias así como en el trabajo ante determinadas necesidades clínicas.

PARA EL FUTURO

- La creación de guías de tratamiento eficaces.
- Movimientos de integración de diferentes modelos o técnicas de psicoterapia.
- La psicoterapia exige los máximos niveles de actualización.

Perspectivas psicoterapéuticas

TERAPIA DE CONDUCTA

ANTECEDENTES

- —Condicionamiento clásico de Paulov.
- —Conductismo de Watson.
- —Teoría del aprendizaje de Thorndike.
- —Condicionamiento operante de Skinner.

PERSPECTIVA SOBRE ENFERMEDAD MENTAL DE LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

- Las enfermedades mentales sin componentes organicos debe entenderse como un patrón de hábitos conductuales aprendido y que como tal tiene la posibilidad de re aprenderse.

OBJETIVO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

- Busca la disminución, eliminación de conductas desadaptadas.

Filosofía, conceptos y técnicas

TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

- La terapia de activación conductual ha recibido un creciente interés al tener efectos similares y ocasionalmente mayores a los logrados con la TCC,(Jacobson et al, 1996).

- La BA, se enfoca en buscar el incremento de comportamiento en áreas socialmente importantes de manera que se aumenten las probabilidades de entrar en contacto con reforzadores naturales.

- Actualmente la BA es considerada como tratamiento de primera línea con soporte empírico en el tratamiento de la depresión. Equivalente y superior al manejo con TCC y tratamientos con medicamentos anti depresivos. (Barlow, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009; Sturmey, 2009), (Dimidjian et al, 2006).

- Su diferencia mas significativa con respecto a la TCC es que la BA es que ésta no se enfoca en modificar los actos privados del sujeto (emociones y pensamientos) sino que esto resulta más como consecuencia.

- No obstante los protocolos de tratamiento con BA han mostrado actualmente la inclusión de diversas técnicas terapéuticas (ejemplo: mindfullness, pensamiento positivo, etc) situación que pone en riesgo de convertirle en una intervención cognitiva más.

RAÍCES FILOSÓFICAS

- La BA contemporánea tiene su origen en el enfoque del conductismo radical analítico (Ferster, 1973; Skinner, 1953, 1966). El análisis de la conducta enfatiza el identificar la conducta, el contexto en el que ocurre y las relaciones funcionales entre la conducta y su contexto.

- La filosofía subyacente es el contextualismo o el contextualismo funcional, el cual ve al comportamiento humano como ‘actos en contexto’ (Hayes & Brownstein, 1986, p. 177) y se enfoca en el contexto ambiental y en la utilidad funcional de la conducta (Biglan & Hayes, 1996).

- La BA es diferente a las posiciones CC en el sentido de que no se observa la conducta privada del sujeto como causa de su comportamiento.

- Por ejemplo, ‘los pensamientos automáticos son aquellos pensamientos que intervienen entre los eventos exteriores y las respuestas emocionales del individuo ante ellos’… ‘el paciente en terapia cognitiva debe aprender a reconocer estos pensamientos automáticos para que la terapia sea efectiva’ (Young, Winberger & Beck, 2001, p. 278). Y, ‘es importante recordar que la ansiedad resulta de sobreestimar el costo de eventos temidos’ (Clark, 1999, p. 27). En contraste, un ejemplo del enfoque analítico conductual es:

- El terapeuta BA acepta los pensamientos de su cliente, pero lo anima a ver el contexto de su pensamiento, en lugar de su contenido. Así, cuando el cliente se pone a rumiar sobre su depresión o lo malo de su vida, el terapeuta BA le ayuda para que reconozca los antecedentes y las consecuencias de esta forma de pensar (Martell et al, 2001, p. 64).

- De esta manera se observa que para BA las conductas privadas del sujeto tienen la misma causalidad que las conductas publicas.

CARACTERÍSTICAS CONCEPTUALES

- Fester, presto especial importancia al estudio de comportamiento de evitación y escape del individuo que frecuentemente limitan su probabilidad de interactuar con refuerzos a comportamientos alternativos, lo que lo mantienen en un escenario que le procura emociones y pensamientos depresivos.

- Por su parte, Lewinsohn et al (1980) explicaba la depresión como resultado de la pérdida de reforzamiento positivo para conductas no depresivas alternas y encontraron que un incremento en el reforzamiento positivo contingente a la respuesta (logrado aumentando la actividad en ciertas áreas) producía una mejoría en el estado de ánimo (reducía los puntajes del Inventario de Beck para Depresión).

TRIPLE RELACIÓN DE CONTINGENCIA EN LA DEPRESIÓN

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Estar solo en casa aburrido y triste	*Ponerse a beber licor*	*Supresión y escape de la 'tristeza'*

En un contexto diferente, la conducta relacionada con la depresión puede mantenerse por reforzamiento positivo:

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Sentirse preocupado frente al terapeuta	*Quejarse y reportar una lista de síntomas*	*El terapeuta habla, apoya y aconseja*

- El psicoterapeuta de BA debe considerar que la morfología de la conducta es menos importante que su función, así dos clientes pueden tener la misma conducta pero debido a sus contextos el análisis varía.

LEY DE IGUALACIÓN Y SUS IMPLICACIONES

- Una conducta puede ser reforzante por el nivel de esfuerzo que requiere por lo que otra conducta que implique mayor esfuerzo podría ser demeritada.

- Por ello debe siempre tenerse en cuenta la intervención por aproximaciones sucesivas.

- Cuspide Conductual:

- Un comportamiento mismo abre la oportunidad de entrar en contacto con múltiples reforzadores, por lo que la conducta activada podrá ser transferida.

Medición.
Educación
Estrategias de activación
Planteamiento de metas
Programación de actividades

CARACTERÍSTICAS DE LAS TÉCNICAS

FORMATO DE INTERVENCIÓN TAC

FASE DE EVALUACIÓN

- Prescribe que el sujeto monitorice su situación llevando a cabo un auto-registro diario en el que recabe su estado de ánimo y las actividades que realiza hora a hora. En realidad, el establecimiento de las metas terapéuticas parte de este registro, pues se considera que es el método más conveniente para establecer el nivel de reforzamiento que realmente se está obteniendo del entorno a partir de las actividades desarrolladas.

- Environmental Reinforcement Observation Scale o EROS (Armento y Hopko, 2007) y el Behavioral Activation for Depression Scale o BADS (Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch y Sedivy, 2009).

FORMATO SUGERIDO PARA IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS DEPRESIVAS

Conducta manifiesta	Frecuencia/ día	Antecedentes	Función	ıntensidad(nivel de malestar de 1 a 10, 1=minimo malestar, 10=maximo.

FORMATO SUGERIDO ALTERNATIVAS CONDUCTUALES SANAS O NO DEPRESIVAS

Conducta alternativa	Esfuerzo requerido en tiempo- 1 =minimo- 10 maximo	Esfuerzo en recursos requeiridos (1=minimos recursos, 10 =maximos recursos)	Efectos o función de la conducta acorde a grado de satisfacción. (1= minimo- 10 maximo)	Posibles limitantes

FASE ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

objetivos	Micro objetivos componentes	escenarios	Refuerzos sociales	Auto refuerzos

- El tratamiento de AC breve, va de 10 a un máximo de 12 sesiones de una hora, las primeras 5 sesiones por lo general son invertidas en la medición y establecimiento de metas, 5 más para la intervención y las dos ultimas para medición post intervención, (se sugiere medir cada dos sesiones).

FASE DE INTERVENCIÖN

- Se sugiere la jerarquización de las conducta objetivo en 5 niveles dependiendo su complejidad, de cada conducta objetivo deberán proponerse tres actividades que acerquen a su logro de manera semanal, por lo que a la quinta semana se deberían estar cubriendo el total de conductas establecidas.

Conducta objetivos	Actividades implicadas	Expresión por día	Función/consecuencias

POST EVALUACIÓN

- Se sugiere realizar una medición final tanto de la presencia de conductas objetivo logradas contrastado con la preservación de conductas depresivas.

FORMATO POST INTERVENCIÓN

Conductas objetivo frecuencia diaria	Conductas depresivas frecuencia diaria

RECOMENDACIONES

- Considerar la posibilidad de combinar trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico acorde a las características del usuario.
- Considerar posibles efectos secundarios por consumo de fármacos en caso de que los haya.

- Considerar la necesidad de intervención con la familia del usuario o parte de ella.
- Psicoeducación a los usuarios y de ser necesario a las familias.

ESTUDIO DE CASO

Dejar de pensar y empezar a actuar:
cambiando de la terapia cognitiva a la activación conductual en un caso de depresión crónica resistente al tratamiento

Bottonari K.A., Roberts J.E., Thomas S.N. & Read J.P.

Cognitive and Behavioral Practice (2008), 15, 376-386

Traducción resumida de: Ps Jaime E Vargas M

Diversas investigaciones actuales han demostrado que la Terapia Cognitiva (CT) y la Activación Conductual (BA) son tratamientos eficaces para la depresión. El presente reporte se enfoca en el tratamiento de Mr.X, un señor de 62 años de edad con depresión crónica resistente al tratamiento. Se demostró que la BA se asoció con mejoría en su estado de ánimo que fue apoyada por observaciones clínicas de un mejor funcionamiento. Se hizo la hipótesis de que los esfuerzos vinculados con la reestructuración cognitiva tuvieron un efecto iatrogénico en este paciente y paradójicamente dispararon rumiación depresiva.

Sujeto.- El Señor X era un masculino caucásico de 62 años de edad, casado y jubilado, que se presenta a una clínica ambulante para tratar sus síntomas crónicos depresivos. El sujeto y su esposa tuvieron dos hijos ya mayores que vivían en el vecindario con sus respectivas familias. Ya había recibido algunos tratamientos previos con medicamentos y con shock electro convulsivo, pero nunca antes con CT o BA. Él mismo buscó la CT para complementar su medicación. Sus problemas depresivos se inician durante la segunda década de su vida.

Materiales.- Se le aplicaron diversos test para evaluar su condición, entre ellos el Mood Module de la Entrevista Clínica Estructurada para el Eje I del DSM-IV, el MMPI-2 y el MMSE (Mini Examen de la Condición Mental). También se le pidió que supervisara sus pensamientos y actividades calificándolas diariamente con un solo reactivo sobre su modo emocional (0 = ánimo muy bajo, al 10 = ánimo muy alto). Aunque no hay disponible evidencia de las propiedades psicométricas de estos datos, existe evidencia de que un solo reactivo es válido para medir la depresión (e.g., Guy, 1976; McKenzie & Marks, 1999; Nugent, 1992; Zimmerman et al, 2006).

(b) Conceptualización Conductual.- Aunque enfocarse en la conducta no está contraindicado en el modelo de Beck, la conceptualización tuvo que revisarse aproximadamente a los 5 meses de iniciado el tratamiento pues el señor X tenía dificultades con la restructuración cognitiva, por lo que se decidió cambiar al modelo de la Activación Conductual (Jacobson et al, 2001). Esta conceptualización bajo el modelo BA sugería que la depresión del señor X se mantenía debido al contexto de su comportamiento. Más específicamente, el señor X se involucraba en conductas que resultaban negativa y no positivamente reforzadas, por la vía de la evitación de situaciones aversivas o temidas. El modelo BA especula que los

asociado con las conductas de evitación). El protocolo de trabajo de la BA motiva a enseñarle al señor X a que identifique las situaciones disparadoras que resultan en conductas de evitación y a entender las consecuencias de tal comportamiento. Subsecuentemente, aprenderá a responder de una manera más activa y a elegir actividades que le sean personalmente reforzantes y que lo llevarán a mejorar su estado de ánimo. La primera sesión BA fue para explicarle el modelo BA de Jacobson. El terapeuta explicó que el tratamiento se centraría en la conducta y en la elección de actividades que afecten su modo emocional. Se le pidió notar cómo se sentía cuando estaba activo haciendo algo que le gustaba y cómo se sentía cuando no hacía nada. Aproximadamente a los 2 meses de estar en la BA, el señor X llegó y dijo que no tenía mucho de qué hablar, que su humor era bueno y que había estado bastante activo esa semana.

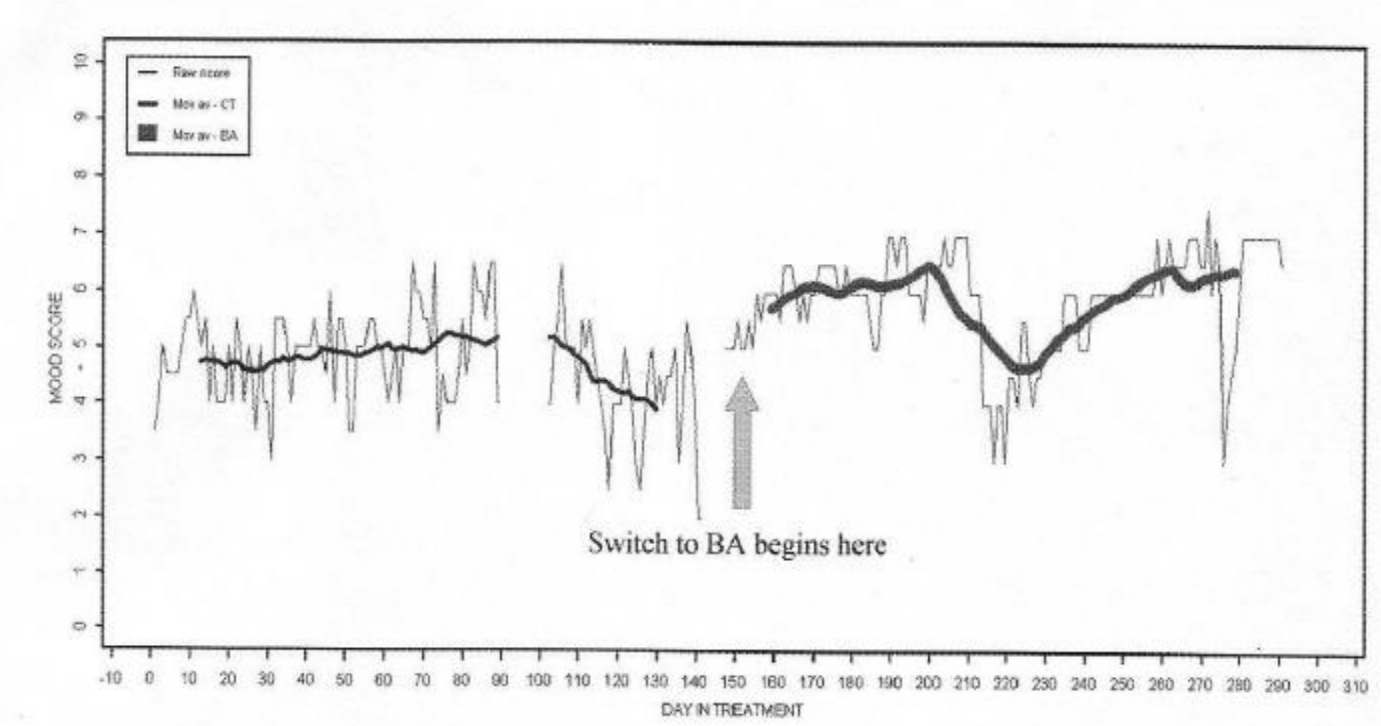


Figura 1.- Registro diario del estado de ánimo

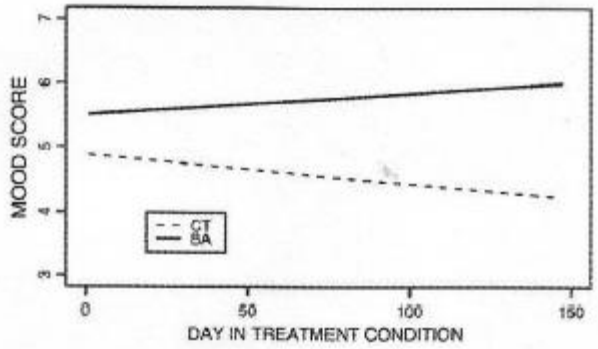


Figura 2.- Interacción Tiempo x Tipo de Tx

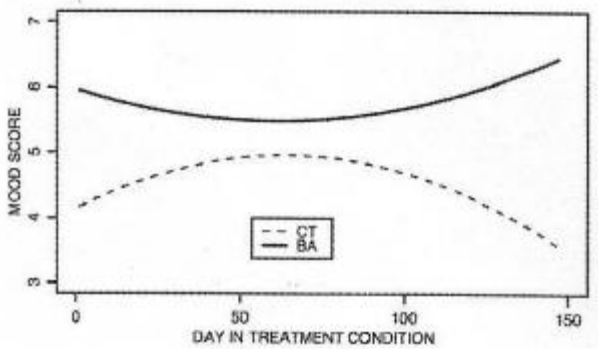


Figura 3.- Interacción Tiempo x Tiempo x Tipo de Tx

CASO CLÍNICO

- L es una mujer de 30 años de edad que acude a consulta psicológica proporcionando como malestar el “estar deprimida” aunque sin un diagnostico formal de depresión, L sí complicar con criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayo.

- Durante la consulta comenta “llevo así más de 5 semanas, bueno así como estoy hace tres, pero que inicio todo 5” “vivo sola en la ciudad, nunca he sido alguien muy sociable pero tampoco se me dificulta tener amigos, es más bien una decisión el estar sola”

- “nunca me había afectado eso pero no sé, ultimamente con todo lo que pasa en la ciudad de secuestros y todo eso llegue a cuestionarme que pasaría si me pasara a mi, quíen se preocuparía, o peor aun, alguien se daría cuenta de que desaparecí?” “esas ideas me dolieron pues la respuesta era que tal vez nadie se daría cuenta” “después de eso entre en un rutina en la que salía de casa directo al trabajo y de regreso, sin hacer ningún tipo de escala, me sentía fatigada por lo que llegaba a casa y me dormía hasta el siguiente día”

- “hace un mes asistía a una escuela de música por que siempre me había gustado pero entonces cuando comencé a dormir más, dejó de interesarme, en ocasiones los pocos amigos que tengo me llaman por teléfono o me envían textos y yo solo los leo y no respondo nada, pienso que pierden su tiempo interesándose en mi por que yo no tengo nada que ofrecer, he bajado de peso como 15 kilos y he empezado a fumar, en ocasiones he llegado a pensar que si estuviera muerta dejaría de sentirme tan inútil y tan vacía, aunque nunca he pensado en el suicidio por que me asustan ese tipo de cosas, además de ello considero que es un pecado”

- “al día de hoy llevo mas de 6 días sin tomar un baño, ya no voy al trabajo, me debían vacaciones y pedí todos los días pendientes para no tener que salir de casa” sic usuario

- L comentó “antes de sentirme así, era alguien solitaria, pero muy feliz, me gustaba ir al cine sola, me gustaba verme bonita para mi entonces compraba cosas, salía a caminar con mi perro, amaba comprar libros, escribía a mis pocos amigos almenos una vez a la semana sólo para saludar”

- Elaboración de DX.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA.

CASO

- K, es una joven de 25 años de edad derivada al servicio de psicología por un psiquiatra privado bajo diagnostico de TOC. Recibiendo tratamiento farmacológico con ansiolíticos.

- K, se dedica a trabajar en un spa en el que es masajista, vive de manera independiente aunque con algunos amigos. A consulta se presentó en adecuadas condiciones de aliño e higiene, con ropa en uso adecuado, cabello peinado y con ligero maquillaje

- Durante la primera entrevista se muestra con comportamiento ansioso (cambia de posición en el asiento de manera frecuente, al hablar lo hace guardando el mínimo contacto visual, frota sus manos de manera constante, su discurso es fluido pero en ocasiones con tartamudeo)

- K, expone como motivo de consulta la sugerencia de su psiquiatra, pero añade encontrarse en un estado “depresivo” debido al rompimiento con su ex pareja.

- Del cual relata “llevábamos varios meses con ciertas dificultades, la mayoría de ellas por que el había dejado de ser cariñoso y atento como antes lo era, yo le decía en un inicio y el se molestaba, hasta que deje de decirle pero hace algunas semanas le volví a decir, entonces me dijo que yo estaba mal y que no quería estar más conmigo, desde ese momento no puedo sacarme de la cabeza que yo tuve la culpa, que si hubiera dejado de preguntarle eso entonces seguiríamos juntos” sic usuario

- “ tengo varios días que no tengo hambre y quiero estar dormida todo el tiempo, además de que los días que no voy a trabajar no me interesa arreglarme, por eso digo que tengo depresión” sic usuario

- Respecto a la descripción de síntomas depresivos parecen no ser suficiente para diagnostico de depresión, razón por la que se pasa a evaluar la posibilidad de TOC.

- “todo el tiempo me cuesta trabajo decir que no a las personas que me piden algo, de hecho siempre acepto todo, siempre que me piden un favor pienso que si digo que no, entonces se enojaran conmigo, me dejaran de hablar, que me van a tratar mal, van a poner gente en mi contra” sic usuario

- “cuando he podido decir que no, después me siento muy mal por que no dejo de pensar en que esas personas están enojadas conmigo, entonces trato de estar cerca para comprobar que no están enojadas”

- “tenia una amiga que consideraba que era mi mejor amiga, ella me conoce bien, de hecho alguna vez yo le conté que me costaba trabajo decir que no a las cosas, hace como un mes, mientras estábamos en la sala de su casa viendo TV me pidió que fuera a la tienda a comprar botanas, yo le dije que no, pero me insistió, yo seguí diciéndoles que no, hasta que me dijo que ella si me hacía favores, me quede callada un rato después me fui a la tienda molesta por que ella había logrado hacer que hiciera lo que yo quería” sic usuario

- “Ha sido un problema que tenga ideas de ese tipo por que en ocasiones he hecho cosas que van contra mi misma, por ejemplo, hace 4 años tenía un novio, un día nos enojamos y yo decidí salir con un amigo, entonces en la noche se hizo tarde y me dijo que nos podíamos quedar en su casa, lo cual acepté, pero en un momento repentino me empezó a besar y a quitarme la ropa yo solo pensaba que no quería que pasar eso, pero lo conozco desde los 7 años no quería echar a perder la amistad” sic usuario

EN SESIONES POSTERIORES COMENTA

- “siempre que he tenido parejas y terminamos nunca lo he decidido yo, aunque la relación ya no es agradable espero a que mi pareja se decida "sic

- “Otra cosa que me sucede con esas ideas que no puedo controlar es que cuando me voy de casa en la mañana tardo mucho en salir porque reviso varias veces la llaves del gas y de la estufa, veo que no se queden aparatos conectados, cierro y reviso como 5 veces que la puerta de mi cuarto quede bien cerrada, de igual forma con la de la entrada a casa”

- “ la verdad es que prefiero que yo no sea la ultima en salir, así, si me voy ya no es mi culpa de que pase algo, por que alguien mas tiene que revisar las cosas "sic usuario

- Siempre que salgo de casa y me toca cerrar no puedo dejar de pensar que algo pudo haber quedado mal y que pase un accidente entonces tengo que asegurarme para sentirme menos intranquila, algunas veces he tenido que regresarme para revisarlo, un día estaba en el trabajo y no podía dejar de pensar en que tal vez dejé la estufa prendida así que en mi horario de comida fui hasta mi casa a revisar, ni siquiera tuve tiempo para comer”

- “en mi trabajo cuando nos toca atender parejas entonces tenemos que darles indicaciones y prepararlos pero a mi siempre me angustia ser yo la que lis dirija, siempre espero a que mi compañera lo haga, por que pienso que me puedo equivocar y que van a acusarme con mi jefa” sic usuario

- “en ocasiones me cuestiono lo que pienso, pienso que si la gente se enoja conmigo no tendrían razón en hacerlo por que pues deben entender que yo no quiero hacer algo, así como los entiendo a ellos”

- “me doy cuenta que pensar esas cosas limita mi vida”

- K , no presenta tastarnos de consumo de sustancias, no padece ninguna enfermedad y tampoco presenta cambios en estado de humor.

DIAGNOSTICO TOC (F42)

- A) presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.
- B)las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo del día de que las padece y afectan su desarrollo.
- C) los síntomas no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de ningún tipo de sustancias
- D) la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- Especificar sí:
- Con introspección buena o aceptable.
- Con poca introspección
- Sin introspección/con creencias delirantes.
- Especificar sí el sujeto tiene historia reciente o antigua de padecimiento de TICS

UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNOSTICO ARGUMENTÁNDOLO, SE PASÓ A LA INTERVENCIÓN

- El tratamiento dirigido se llevo acabo mediante Terapia de exposición con prevención de respuesta (Foa et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004), (en curso) el cual sugiere los siguientes pasos:

- Análisis de funcionalidad de conducta.
- Identificación de interacción de formas de mantenimiento.
- Registro situacional.
- Psi coeducación
- Detección de conductas compulsivas
- Frecuencia y razón de las conductas compulsivas
- Irrupción de conductas compulsivas
- Intervención con estrategias de habituación (extinción de conductas evitativas)

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

- Los mayores beneficios de las técnicas de exposición se han evidenciado en trastornos de ansiedad, TOC y en algunos caso de conductas adictivas.

- La premisa de la exposición son los mismos mecanismo que los de la extinción.

- Uno de los grandes retos de la exposición es la generación de una adecuada alianza terapéutica que permita al usuario comprometerse con una forma de intervención que inicio le generará molestia.
- El objetivo vas allá de generar como resultado de exposición ante una condición un decremento en conductas de evitación, se busca la generalización de la intervención.

- El tratamiento consiste en la exposición repetida a estímulos que lleva a la habituación y con ello a la eliminación de las conductas de evitación

- Las exposiciones largas tienen mayor efectividad que las de corta duración ,Foa et al (1990) encontraron que 10 exposiciones largas de dos horas diarias, tuvieron mayor efecto que 10 sesiones semanales.

- Los resultados son más efectivos en las exposiciones súbitas, no obstante pueden llevar a no observar las prescripciones terapéuticas y al abandono de tratamiento, en oposición de igual forma exposiciones lentas pueden llevar al usuario a la desmotivación y el abandono de tratamiento.

- Por lo anterior el grado de exposición deberá ser el que el usuario tolere.

ALGUNAS HERRAMIENTAS

- Además de la exposición directa se puede utilizar:

- El modelado del terapeuta
- Las películas y videos
- Exposición imaginaria
- Exposición en grupo (no en todos los casos)

Cuadro-resumen sobre las técnicas de exposición

Variables	Alternativas	Eficacia máxima
Intensidad	Gradual. Brusca.	Tan brusca como pueda tolerarla el paciente.
Intervalo entre tareas	Corto. Largo.	Corto (diario).
Duración de las tareas	Corta. Larga.	Tan larga como sea preciso para facilitar la habituación (30'-120' por término medio).
Activación en la tarea	Grado alto. Grado bajo.	Importante un grado mínimo de activación durante la exposición.
Implicación atencional	Atención. Distracción a la tarea cognitiva.	Atención a la tarea.
Estrategias de afrontamiento complementarias	Autoinstrucciones. Respiraciones lentas y profundas.	Variables de unos pacientes a otros.

Guía de ayuda a la exposición

Las reglas de oro de la exposición son:

a) Cuanto mayor es el miedo a algo, más frecuentemente debe uno exponerse a ello.
b) La clave del éxito es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con un grado de dificultad creciente.

Para planificar el tipo de exposición adecuado a cada caso, pueden ser de utilidad los siguientes pasos:

a) Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Los objetivos deben ser claros y precisos. Por ejemplo: «conocer gente nueva» no es un buen objetivo; en cambio, «invitar a los nuevos vecinos el viernes por la noche» sí lo es.
b) Ordenarlas según el grado de dificultad que le supone enfrentarse a ellas.
c) Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda manejarla sin dificultad.
d) Pasar a la siguiente situación de la lista.
e) No subestimar los logros. Infravalorar los éxitos hace que uno se sienta mal y es un obstáculo para seguir intentándolo. Muchas veces sumando pequeños éxitos es como se obtienen los grandes.

La exposición se puede potenciar de las siguientes maneras:

a) Planificar las actividades de exposición sin prisas especiales y sin otros contratiempos añadidos (hambre, falta de sueño, enfermedad, tensión premenstrual, etc.).
b) Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante los ejercicios de exposición. Se inspira hondo, se retiene la respiración (contando hasta 3) y se espira, de modo que se producen 8-12 respiraciones completas por minuto. De este modo, se puede sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada.
c) Abandonar la tarea de exposición (o distraerse de ella) por unos breves momentos, si uno se encuentra muy mal, y volver de inmediato a ella en cuanto uno se encuentre un poco mejor.

La graduación de las tareas de exposición se puede realizar según las siguientes variables:

a) Dificultad de la tarea.
b) Compañía del coterapeuta.
c) Duración de la tarea.
d) Número de personas presentes.
e) Importancia jerárquica o emocional del interlocutor.

Relájate y disfruta de las tareas bien hechas.

EXPOSICIÓN MEDIANTE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS

TABLA 10.3

Ventajas y desventajas de la realidad virtual (Capafons, 2001, modificado)

Ventajas	Desventajas
1. Muchos estímulos reales pueden ser difíciles de programar para llevar a cabo una sesión real. 2. La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto. 3. La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperadas. 4. Con la realidad virtual se garantiza mejor la sensación de intimidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad.	1. No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última. 2. El costo del hardware y del software es todavía prohibitivo para la mayoría de los clínicos. 3. Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual. 4. No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a las técnicas imaginativas o de sugestión, claramente más económicas.

Cuadro-resumen sobre variantes de las técnicas de exposición

Variables	Alternativas	Eficacia máxima
Modalidad	Imaginación. En vivo. Realidad virtual.	En vivo.
Agente de exposición	Autoexposición. Con presencia del terapeuta.	Autoexposición.
Ayudas	Manual de autoayuda. Ayuda de un coterapeuta.	Ambas.
Psicofármacos	Antidepresivos. Ansiolíticos.	Ninguno (excepto antidepresivos cuando el estado de ánimo es disfórico).

INTERVENCIÓN EN EL JUEGO PATOLÓGICO

Tratamiento de exposición en el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

Primera semana

— *Coterapeuta*: entra con el paciente al bar y se queda junto a él mientras lleva a cabo la exposición a la máquina tragaperras.
— *Dinero*: el paciente no lleva dinero consigo. El coterapeuta paga la consumición.

Segunda semana

— *Coterapeuta*: acompaña al paciente al bar y se queda fuera, al alcance de su vista, mientras lleva a cabo la exposición a la máquina tragaperras.
— *Dinero*: el paciente lleva el dinero justo para pagar la consumición.

Tercera semana

— *Coterapeuta*: se queda en casa, sin salir, mientras el paciente acude al bar para llevar a cabo la exposición a la máquina tragaperras. El paciente puede llamarle por teléfono si se encuentra en un aprieto.
— *Dinero*: el paciente lleva el dinero justo para pagar la consumición más un billete de 10 o 20 €.

Cuarta semana

— *Coterapeuta*: no participa en las tareas de exposición.
— *Dinero*: el paciente lleva dinero en el bolsillo.

UN CASO DE AGORAFOBÍA

El paciente es un varón de 24 años, soltero, enfermero de profesión, sin problemas económicos, que vive con sus padres y una hermana soltera de 26 años. Acude a consulta porque se siente incapaz de acudir a lugares públicos o situaciones en los que hay mucha gente y que anteriormente le resultaban satisfactorios o, al menos, no le creaban dificultades. En la actualidad estas situaciones le provocan síntomas somáticos desagradables (sudoración, taquicardia, opresión torácica, etc.) que le han llevado a evitarlas sistemáticamente, así como a reducir considerablemente su tiempo de ocio y las actividades sociales. Los ataques de pánico son muy poco frecuentes desde que ha optado por recluirse en casa.

OBJETIVOS TRAZADOS EN LA SEGUNDA SEMANA

- Conducta 1.ª: utilizar el autobús para acudir al trabajo (dificultad inicial estimada por el paciente: 9,5).
- Conducta 2.ª: ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos (dificultad: 8,5).
- Conducta 3.ª: acudir al banco o a una oficina para hacer una gestión (dificultad: 8).
- Conducta 4.ª: pasear solo por la calle (dificultad: 8).
- Conducta 5.ª: permanecer en un bar o comer en un restaurante (dificultad: 7,5).

- En este caso como herramientas de exposición se utilizó respiración lenta y profunda además de auto instrucciones.

- Se pidió disminuir el consumo de ansiolíticos progresivamente , así como evitar el consumo de cualquier droga.

Conductas-objetivo
(Echeburúa y Corral, 1993)

NOMBRE: FECHA:

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondrían una mejora significativa de su vida cotidiana.

Conducta	Descripción	Dificultad actual (0-10)
1.ª		
2.ª		
3.ª		
4.ª		
5.ª		

Escala de evitación

Indique con qué frecuencia evita cada una de las conductas-objetivo (señaladas arriba) a causa del miedo o de sensaciones desagradables. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

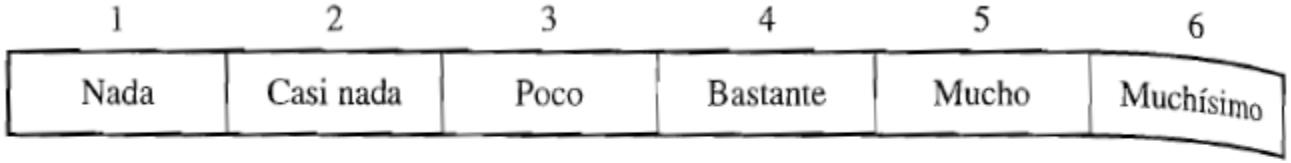
Conducta 1.ª ☐ **Conducta 4.ª** ☐

Conducta 2.ª ☐ **Conducta 5.ª** ☐

Conducta 3.ª ☐

Escala de miedo o malestar

Señale cuánto miedo experimenta en cada una de las conductas-objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.



Conducta 1.ª ☐ **Conducta 4.ª** ☐

Conducta 2.ª ☐ **Conducta 5.ª** ☐

Conducta 3.ª ☐

Registro de tareas de exposición
(Echeburúa y Corral, 1993)

Fecha	Hora de		Tareas de exposición	Ansiedad máxima (0-10)		Solo o con coterapeuta	Estrategias de afrontamiento
	Comienzo	Fin		Antes	Después		
			Conducta-objetivo 2.ª: ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos.				
19:11	19:30	21:30	Ir con mi hermana al cine un lunes por la tarde y sentarme al final de la sala en el extremo de la fila.	7	3	Coterapeuta.	Autoinstrucciones positivas: «Voy a disfrutar de la película; mi hermana está a mi lado».
23:11	22:30	00:30	Ir con mi hermana al cine un viernes por la noche y sentarme en la parte central de la fila. Mi hermana se sienta en otro lugar no cercano.	8,5	4	Coterapeuta.	Autoinstrucciones positivas: «Voy a ser capaz de hacer lo que hacen los demás; yo no soy distinto».
26:11	19:30	21:30	Ir solo al cine un lunes por la tarde y sentarme en la parte central al extremo de la fila.	9	4,5	Solo.	Respiraciones profundas. Autoinstrucciones positivas: «Voy a respirar; así me siento capaz».

ECONOMÍA DE FICHAS

El termino economía hace referencia a que el método supone un sistema económico en el que se cobran o se pagan ciertas fichas por la expresión de una conducta determinada.

Los reforzadores en este caso fichas no causan efectos diferente a cualquier otro reforzador como pudiera se dinero, reconocimiento social, etc, dichos reforzadores se pueden conseguir en cualquier lugar, en cuanto a lo que se busca en la economía de fichas se puede decir que se busca cierto repertorio conductual en un escenario determinado.

- Se tiene que tener en cuenta para la intervención formas de reforzadores materiales que se puedan ofrecer de manera inmediata, por otro lado al ser elementos materiales, éstos pueden servir como reforzador “puentes” hasta la llegada del reforzador de apoyo.

ELEMENTOS BÁSICOS EN LA ECONOMÍA DE FICHAS

- Se sugiere que se ligeras y manejables, lo mas común utilizado son: fichas de plástico, estrellas, cartón, etc.

a) Es posible aplicar un reforzador generalizado de forma inmediata tras la emisión de la(s) conducta(s) deseada(s) sin interrumpirla.
b) Un reforzador generalizado material puede cambiarse por múltiples reforzadores, lo que hace que su potencial reforzante sea grande.
c) El reforzador (ficha) puede cuantificarse de forma que a más conducta, se emita más reforzador y viceversa.
d) Dado que cada persona puede cambiar el reforzador (ficha) por diferentes reforzadores de apoyo, se evita el problema de identificar reforzadores efectivos y de saciación del reforzador.
e) El reforzador (ficha) está en poder de la persona desde que emite la conducta adecuada hasta que se cambia por el reforzador de apoyo, funcionando como un «puente» temporal.
f) Existe la posibilidad de llevar un control cuantificado del número de conductas emitidas, los reforzadores ganados y la relación entre reforzadores y conductas.
g) Una EF permite estandarizar una unidad de funcionamiento, o un ambiente concreto, como un aula de clase, un hospital, una cárcel..., con costos reducidos y alta eficacia.
h) La EF, al permitir controlar la evolución de conductas y reforzadores, posibilita una reorganización constante de la intervención en función de la evolución de las conductas.

© Ediciones Pirámide

REFORZADORES DE APOYO

- Son aquellos por lo que pueden ser cambiadas las fichas, se sugiere tener múltiples opciones de reforzador de apoyo, ya que ello pudiera ayudar a disminuir la posibilidad utilizar estímulos no reforzantes.

CONDUCTAS.

- Deben señalarse de forma precisa las conductas deseables y las no deseables, a manera que se explique tanto su topografía como su funcionalidad.

SE DEBE EXPLICITAR REGLAS

- Que indiquen que conductas ganan ficha y cuantas fichas gana cada conducta
- Que conductas pierden fincha y cuantas fichas pierde.
- Por que reforzadores se pueden cambiar las fichas y cuantas fichas se requieren para su cambio.

INSTALACIÓN DE UN PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS

- A) fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado.
- B) fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas.
- C) Fase de desvanecimiento.

- Fase de muestreo de la ficha: tiene el objetivo de convertir la ficha en reforzador. En personas verbales puede realizarse tal asociación informando de manera descriptiva el método de cambio

- En usuarios, ya sean niños o personas les sea complicado entender la relación de forma verbal, pueden otorgarse algunas fichas gratuitas.

a) Es posible aplicar un reforzador generalizado de forma inmediata tras la emisión de la(s) conducta(s) deseada(s) sin interrumpirla.
b) Un reforzador generalizado material puede cambiarse por múltiples reforzadores, lo que hace que su potencial reforzante sea grande.
c) El reforzador (ficha) puede cuantificarse de forma que a más conducta, se emita más reforzador y viceversa.
d) Dado que cada persona puede cambiar el reforzador (ficha) por diferentes reforzadores de apoyo, se evita el problema de identificar reforzadores efectivos y de saciación del reforzador.
e) El reforzador (ficha) está en poder de la persona desde que emite la conducta adecuada hasta que se cambia por el reforzador de apoyo, funcionando como un «puente» temporal.
f) Existe la posibilidad de llevar un control cuantificado del número de conductas emitidas, los reforzadores ganados y la relación entre reforzadores y conductas.
g) Una EF permite estandarizar una unidad de funcionamiento, o un ambiente concreto, como un aula de clase, un hospital, una cárcel..., con costos reducidos y alta eficacia.
h) La EF, al permitir controlar la evolución de conductas y reforzadores, posibilita una reorganización constante de la intervención en función de la evolución de las conductas.

© Ediciones Pirámide

- Fase de establecimiento del programa:

- Apartir de este momento solo entregaran reforzadores de manera contingente a la ejecución de conductas que se quieran generar o incrementar.

- En personas verbales se tiene que explicar el programa y en que consiste, de esta manera los sujetos comprender que hay algo que se debe aprender.

DELIMITAR CONDUCTAS A MODIFICAR

- Debe de hacerse una descripción minuciosa de las conductas.
- En algunas ocasiones más que la conducta se deberá describir su fin.

- Se sugiere no intentar modificar varias conductas a la vez, esto pudiera interferir con la asociación reforzante. Un buen numero de conductas no debe exceder de 3. Una vez que sean logradas se podrán elegir otras.

- Establecer las contingencias de las fichas.
- Al inicio pudiera se mas efectivo que se prestará cierta flexibilidad para la entrega de reforzadores, ello ayudaría a motivar la aparición de conductas, de lo contrario pudiera presentarse frustración.
- El valor de la conducta en fichas no debe ser permanente en el programa. Se sugiere que se revise y se modifique cada 15 días.

- Se sugiere iniciar con la EF, con programa de reforzamiento continuo y después cambiar por uno intermitente ello con el fin de lograr mayor resistencia a la extinción.

- En caso de necesidad de disminuir una conducta se puede utilizar como estrategia el “costo de respuesta”

SELECCIONAR E INDICAR LOS REFORZADORES DE APOYO

- Los reforzadores de apoyo no deben ser sorpresas, tienen que ser informados antes de iniciar el programa, como se dijo anteriormente debe haber varios posibles reforzadores con el fin de que los sujetos tengan posibilidad de elección.

DETERMINAR EL LUGAR Y MOMENTO DE ENTREGA DE LAS FICHAS

- Se informará el tiempo de entrega de las fichas así como de su canje por los reforzadores de apoyo. Inicialmente las fichas deben entregarse de manera inmediata para posteriormente hacerse de manera demorada.

REGISTRO DE CONDUCTAS, FICHAS Y REFORZADORES POR CADA PERSONA

Este registro permite conocer el grado de realización de las conductas deseadas y confirmar que la EF está funcionando de forma correcta en cada persona. En caso contrario se pueden hacer modificaciones a fin de que la persona se implique de forma más adecuada.

Partes en la implantación de una economía de fichas

- Delimitar y definir las conductas a modificar.
- Establecer las contingencias en fichas para cada conducta.
- Seleccionar e indicar los reforzadores finales a ganar con las fichas.
- Determinar el momento y lugar de entrega de fichas.
- Establecer y revisar periódicamente el valor de intercambio de las fichas por reforzadores.
- Momento y lugar del intercambio de fichas por reforzadores.
- Agentes del reforzamiento con fichas.
- Sistemas de registro de la marcha del programa.

FASE DE DESVANECIMIENTO

El objetivo final de una EF es que, una vez instaladas y consolidadas las conductas objetivo, se pongan bajo el control de las condiciones habituales del medio sin necesidad del control «artificial» que suponen las fichas. La descontinuación de una EF no supone cesar o reducir de forma abrupta la entrega de fichas, pues supondría la extinción de las conductas. Hay que ir sustituyendo, de forma paulatina, las fichas por contingencias naturales del medio, en especial otros reforzadores generalizados (dinero, aprobación, alabanzas, otras prebendas...).

Ventajas de la EF	Inconvenientes de la EF
— Control muy completo de contingencias de las conductas. — Eficacia y rapidez de efecto. — Pueden controlarse muchas conductas a la vez. — Puede controlarse a muchas personas a la vez. — Suele ser muy bien aceptado por las personas implicadas en él. — Individualización personalizada de un programa general.	— Necesidad de un control muy estricto del ambiente. — Costos y personal necesario para implantarlo y mantenerlo. — En ambientes institucionales, su aplicación a veces genera «suspicacias» del personal del centro. — Problemas para desvanecer el programa de EF manteniendo las conductas.

CUESTIONARIO DE CIERRE

- Define qué es psicoterapia
- Cuál es el objetivo de la terapia conductual?
- Cuales son las los antecedentes o bases de la psicoterapia conductual?
- Cual es la perspectiva conductual respecto a la enfermedad mental?
- De que trata la psicoterapia de activación conductual?
- Cuál es la diferencia entre psicoterapia activación conductual y la terapia cognitivo conductual?

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

QUE ES?

- La TCC es un modelo psicoterapéutico que plantea que los pensamientos son la principal razón de los estados tanto patológicos como adecuados de la psique.
- Uno de sus objetivos es modificar los pensamientos puesto que al modificarlos se modificará el comportamiento, a ello se le denomina restructuración cognitiva.
- la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

- Parte de la premisa Cartesiana “pienso luego existo”

SE HA DEMOSTRADO COMO TRATAMIENTO UTIL EN:

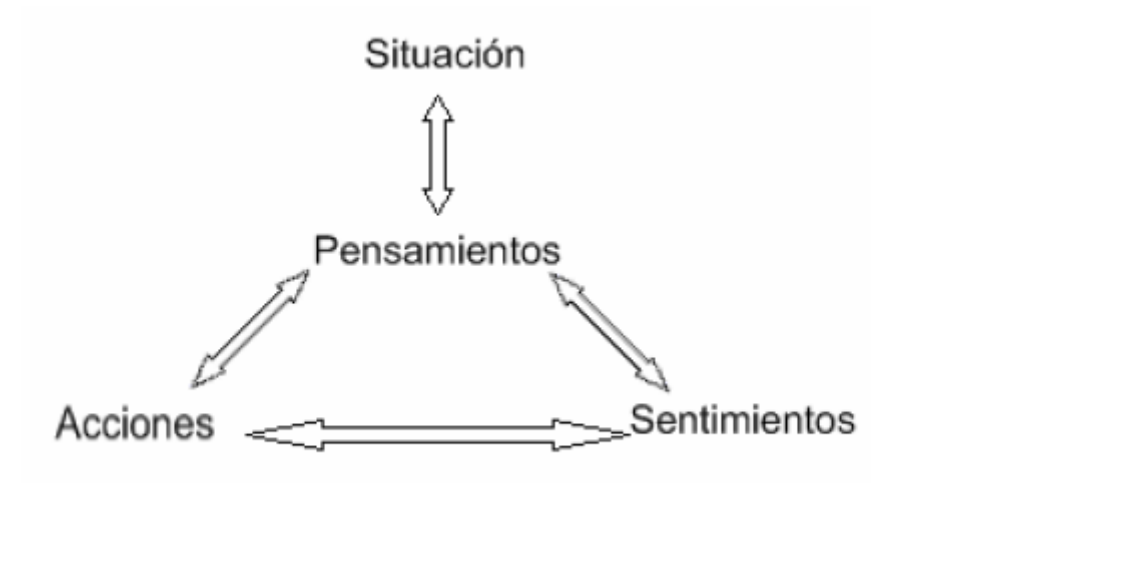
- Ansiedad
- Depresión
- Pánico
- Agorafobia y otras fobias
- Fobia social
- Bulimia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia

COMO FUNCIONA

- La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil.

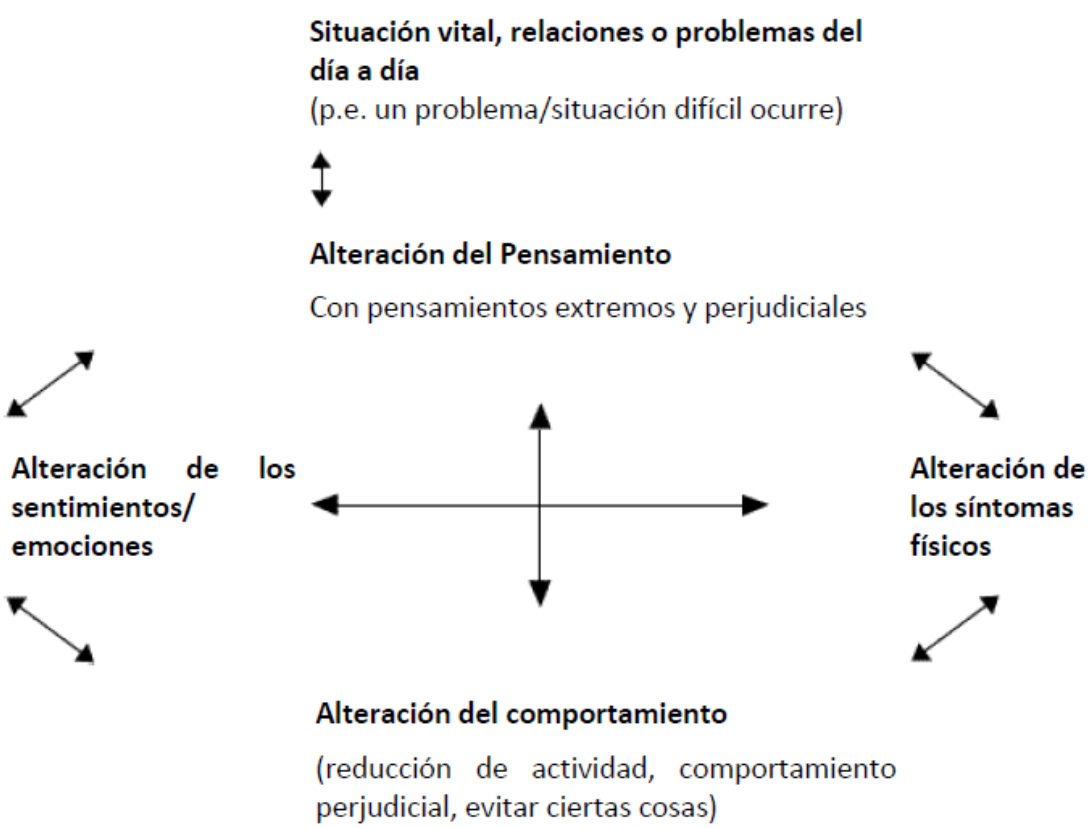
- De ella pueden derivarse:
- Pensamientos
- Emociones
- Sensaciones físicas
- Comportamientos

- Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto.


Situación
Pensamientos
Acciones
Sentimientos

ANALISIS DE 5 ZONAS

El diagrama de las "Cinco Zonas":



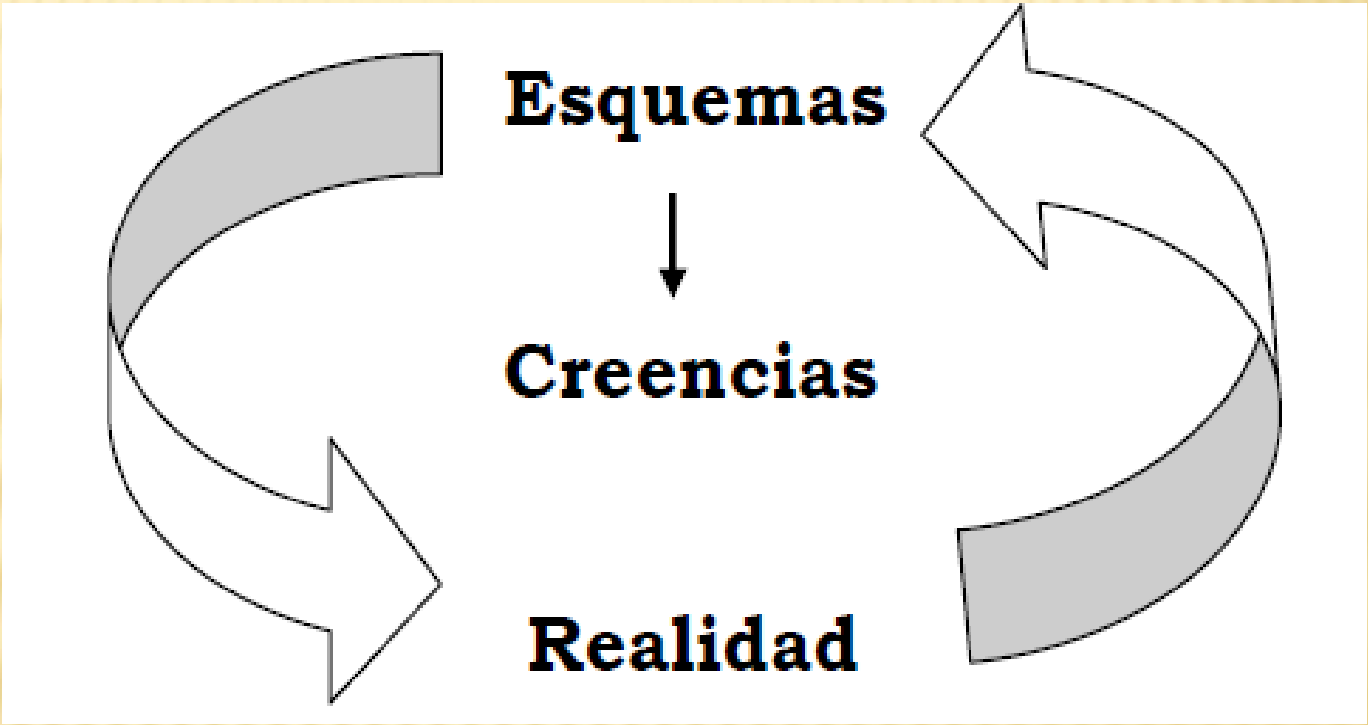
Si recibe terapia individual:

- Se reunirá con un terapeuta entre 5 y 20 sesiones, semanales o quincenales. Cada sesión tendrá una duración de entre 30 y 60 minutos.
- En las primeras 2-4 sesiones, el terapeuta estudiará si este tipo de tratamiento es apropiado para usted, y usted verá si se siente cómodo con la terapia.
- El terapeuta también le hará preguntas sobre su pasado. Aunque la TCC se concentra en el aquí y ahora, a veces es posible que tenga que hablar sobre el pasado para entender cómo le está afectando ahora.
- Usted decide qué es lo que quiere tratar a corto, medio y largo plazo.

EFECTIVIDAD

- Es uno de los tratamientos más eficaces para trastornos donde la ansiedad o la depresión es el principal problema.
- Es la forma más eficaz de tratamiento psicológico para casos moderados y graves de depresión.
- Es tan eficaz como los antidepresivos para muchos tipos de depresión.

Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual


Esquemas
Creencias
Realidad

LOS ESQUEMAS

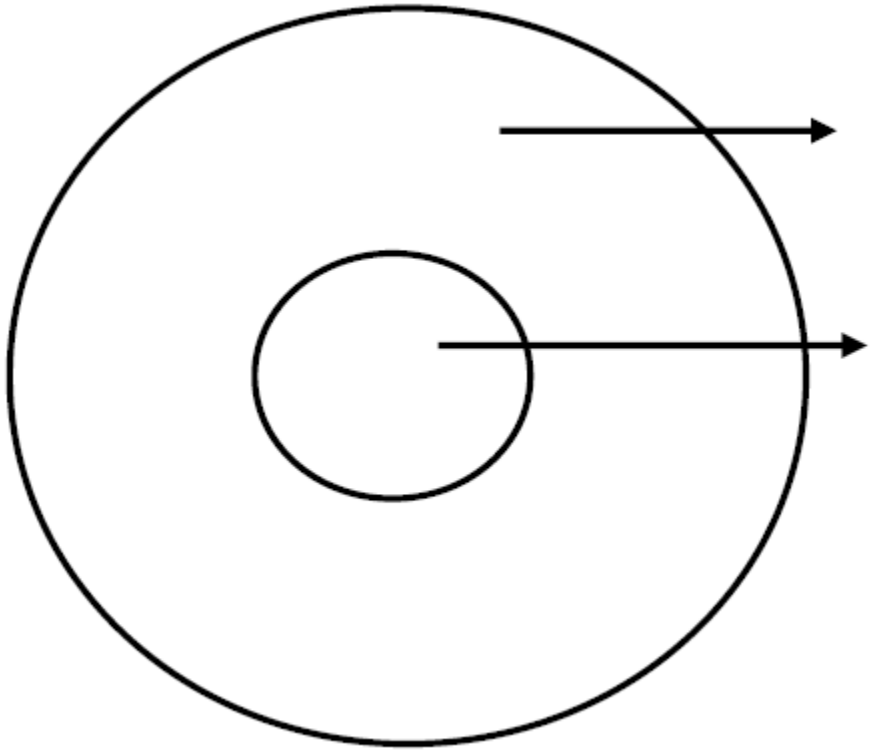
- los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad.

CREEENCIAS

- Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas.

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.

- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.



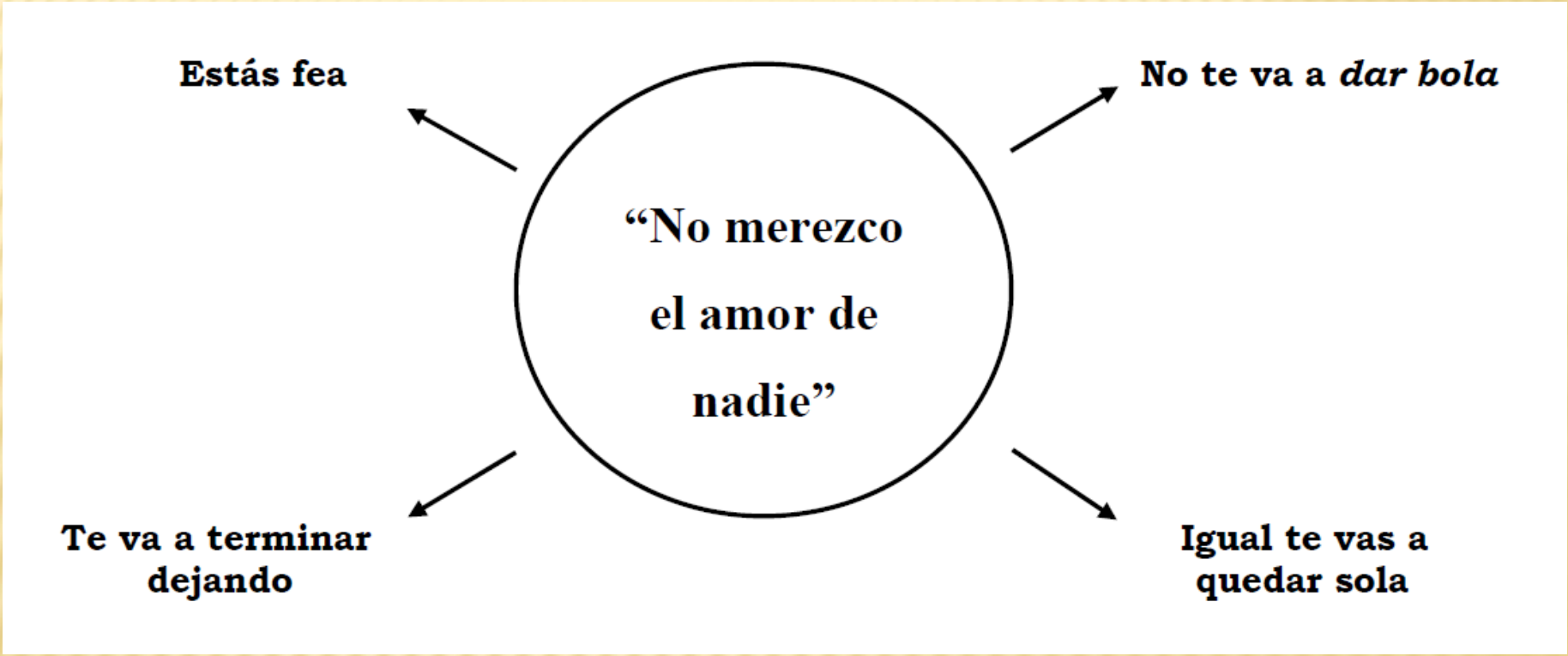
Creencias periféricas
o secundarias

Creencias centrales
o nucleares

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

- En el caso de los pensamientos automáticos, estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto.

- Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero si lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos.


Estás fea
No te va a *dar bola*
"No merezco el amor de nadie"
Te va a terminar dejando
Igual te vas a quedar sola

DISTORCIONES COGNITIVAS

- Inferencia arbitraria: es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria.

- Maximización: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; en el caso de los pacientes depresivos maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.

- Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; los pacientes depresivos minimizan los logros, los éxitos, las buenas cualidades, los aciertos.

- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones.

- Generalización excesiva: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones.

- Personalización: es la tendencia a auto atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación.

- Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o Blanco o negro.

Terapia sistémico familiar

- La psicoterapia familiar sistémico tiene que diferenciarse de las psicoterapias orientadas a la atención hacía los miembros de la familia, puesto que este enfoque implica que los métodos de intervención tienen base en la teoría general de los sistemas y la cibernética

Terapia Familiar Sistémica
Se basa en la siguientes teorias
Teoría General de los Sistemas
La familia es un sistema. Esto significa que hay que verla como un "todo" organizado. Sus miembros son elementos interdependientes.
Teoría de la Comunicación Humana
Las personas se relacionan a través de la comunicación. Cuando la comunicación se vuelve disfuncional pueden aparecer síntomas.
Teoría Cibernética
El concepto de "retroalimentación" se aplicará a las familias para entender su funcionamiento sano y disfuncional.

CONCEPTOS BASICOS

- Sistemas cerrados o abiertos
- Interacción y dependencia mutua de las partes
- Características de las organizaciones: totalidad, limites, jerarquía, control, homeostasis, tiempo y espacio.

- Totalidad: deriva una de las leyes de orden del enfoque sistemico, la que dice que "el todo no es igual a la suma dc sus partes",

- Limites: s existen en todos los sistemas y son la regiones que separan un sistema de otro y que se sitiian en una gradiente de mayor o menor permeabilidad de intercambios con su medio

- Jerarquía: No todas las partes de un sistema funcionan a un mismo nivel, pudiendo, por ejemplo, funcionar como partes de un sistema mayor.

- Control: tiene que ver con los factores que mantienen el equilibrio y estabilidad del sistema. Opera mediante la retroalimentacion, que es el proceso por el cual el sistema regula sus respuestas (salida) a los estimulos externos (entradas)

- Homeostasis: es el estado constante o estabilidad de un sistema que, en general,

- Entropía: Se refiere a la degradación natural de la energia a lo largo del tiempo, que lleva a los sistemas del orden al desorden, a la desintegraci6n o la muerte

- Tiempo- espacio: todos los sistemas operan en un tiempo y un espacio.

EN LA PRACTICA CLINICA

- Evaluación inicial de todos los miembros de la familia.
- Fijar contrato terapéutico.
- Foco centrado en el aquí y ahora, no en el pasado.

- El síntoma se considera como una solución protectora. El portador se sacrifica a si mismo para defender la homeostasis del sistema.

- mismo para defender la homeostasis del sistema. El terapeuta familiar ve a la familia como un organismo y a esta protección, no como a propósito o como una respuesta ayudadora, sino como una reacción del organismo bajo el estrés. Los otros miembros de la familia son considerados igualmente sintomáticos. Se trata de desafiar la definición que hace la familia del problema y la forma en que ellos responden. Asi, pues, es un cambio en el foco de atención, ya que no es el individuo o sus procesos intrapsiquicos, sino su interacción como parte de un sistema mayor lo que interesa.

- Interesa más el para que de las conductas que el porque.

CUESTIONARIO DE CIERRE

- Qué es la psicoterapia cognitivo conductual?
- Qué es la restructuración cognitiva?
- Qué son los esquemas cognitivos?
- Qué son las creencias?
- Qué son las creencias centrales?
- Que son las creencias periféricas?
- Qué son los pensamientos automáticos?
- Dentro de las distorsiones cognitivas, describe las características de las siguientes: maximización, minimización, personalización?
- En que teorías se basa la psicoterapia sistémico familiar?
- Que es la totalidad?
- Que son los limites?
- Que es la entropía?
- Como es considerado un síntoma dentro de la psicoterapia sistémico familiar?
-

PERSPECTIVAS PSICOTERAPÉUTICAS PSICODINAMICAS

- Son aquellas cuyo planteamiento base se sostiene de manera directa o indirecta en la propuesta del aparato psíquico freudiano.

- Estas perspectivas nacen de la practica, es decir, su desarrollo se generó en la experiencia y tratamiento de personas por ello no necesariamente tienen base en teorías psicologicas.

- En aquellas que no guardan explicaciones Transpersonales, la etiología de lo síntomas psíquicos se relacionan con “traumas o huellas psíquicas” así como mecanismos de defensa.

- En la mayoría sus objetivos terapéuticos tienen como método estrategias, catárticas, de asociación libre, de insigth, resignificación, toma de responsabilidad.

CARACTERISTICAS

- Semí directivas
- Confrontativas.
- Cronologicas.
- Duración indeterminada
- subjetivas

EFECTIVIDAD

- No hay evidencia científica a favor, tampoco en contra
- Sus resultados son anecdóticos pero hablan de efectividad.